

**NOTIFICA CHIUSURA FARMACIA PER MOTIVI PARTICOLARI**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

Titolare/Direttore della Farmacia (cod. \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

la chiusura della farmacia nei giorni \_\_\_\_\_

per:

 decesso di un parente o affine entro il 3° grado urgenza manifesta o motivata

Distinti saluti.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Timbro farmacia e firma titolare/direttore  
\_\_\_\_\_

Inviare a [protocollo.aulss2@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss2@pecveneto.it) e [farmaceuticateritoriale.asolo@aulss2.veneto.it](mailto:farmaceuticateritoriale.asolo@aulss2.veneto.it) (Distretto di Asolo) o [farmaceuticateritoriale.pievedisoligo@aulss2.veneto.it](mailto:farmaceuticateritoriale.pievedisoligo@aulss2.veneto.it) (Distretto di Pieve di Soligo) o [farmaceuticateritoriale.treviso@aulss2.veneto.it](mailto:farmaceuticateritoriale.treviso@aulss2.veneto.it) (Distretto di Treviso) e p.c. al Sindaco del Comune sede della Farmacia e all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Treviso ([ordinefarmacistitv@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistitv@pec.fofi.it))